

Les maisons médicales en Belgique: la santé dans tous ses états

Dr HUBERT JAMART^a, Dre THÉRÈSE VAN DURME^b et Dr JEAN-LUC BELCHE^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 900-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.826.900

La Fédération des maisons médicales (FMM) regroupe 130 pratiques en Belgique francophone. Elles sont organisées en auto-gestion, ce qui confère une certaine égalité entre les travailleurs de l'équipe quant aux décisions prises. Par ailleurs, ces structures de soins sont organisées en pratique multidisciplinaire et optent, la plupart du temps, pour un paiement forfaitaire de leurs prestations. Ce mode de rémunération permet d'augmenter la proactivité et d'améliorer la prévention et la promotion à la santé qui sont au cœur des défis de la première ligne. La maison médicale de Trooz illustre cette organisation autour du concept central de la santé communautaire. La participation active des patients dans le projet est au cœur des préoccupations pour réaliser une réelle approche centrée sur leurs besoins.

Community Health Centers in Belgium: thinking health out of the box

The federation of community health centers^a includes 130 practices in French-speaking Belgium. They are organized as self-managed practices, which enables a certain equality between the workers in the team in terms of shared decision. Moreover, these care structures are organized as multidisciplinary teams and most of the time choose a capitation-fee payment for their services. This method of remuneration makes it possible to increase proactivity and improve prevention and health promotion, which are at the heart of the challenges for primary care. The center in Trooz illustrates this organization around the concept of community health. The active participation of patients in the project is at the center of the concerns to achieve patient-centered care.

INTRODUCTION

La Belgique est confrontée à une nécessité de réorganisation des soins en général et des soins primaires en particulier pour répondre de plus en plus à différents défis.¹ Nous constatons un vieillissement de la population de plus en plus marqué, avec l'apparition croissante de pathologies chroniques nombreuses et multiples. Par ailleurs, la population de médecins généralistes est plus âgée et travaille majoritairement en pratique solo, avec un volume horaire important. On observe également une féminisation importante de la nouvelle génération et une tendance marquée au temps partiel. Lorsque l'on combine ces facteurs, on ne peut que craindre une pénurie

annoncée de force de travail. Les solutions pour faire face à ces défis sont multiples. Outre des initiatives favorisant l'augmentation du nombre de médecins généralistes et d'amélioration de l'attrait pour la profession, l'émergence des pratiques de groupe² et des pratiques au financement forfaitaire permet une autre organisation du travail qui est susceptible d'améliorer non seulement les conditions de travail mais également la qualité des prises en charge, en particulier pour les personnes cumulant les problèmes de santé et sociaux.³

Dans un pays où la liberté d'installation professionnelle prédomine, les médecins généralistes en Belgique se trouvent devant un très grand nombre de choix mais aussi devant plusieurs obligations. Les pouvoirs publics ont mis en place des incitatifs pour orienter les médecins vers l'une ou l'autre des formules.

En Belgique, on peut décrire essentiellement 5 grands types de pratiques, selon le mode d'organisation et de financement (tableau 1). Notons que les pratiques au forfait comptent pour environ 5 à 10% de la population. La figure 1 situe les obligations, choix et incitatifs concernant la pratique de la médecine générale en Belgique.

HISTOIRE DU PROJET

Le chemin de la maison médicale de Trooz démarre en 2012 avec une poignée de professionnels de la santé qui souhaitent construire un projet multiprofessionnel dans cette commune semi-rurale d'environ 7 800 habitants (https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=62122). La majorité d'entre eux proviennent de la région et ambitionnent une pratique de

TABLEAU 1		Types de pratique de médecine générale en Belgique
Types de pratique	Explications	Modes de financement
Pratique solo		Pratiques à l'acte
Pratique de groupe monodisciplinaire en réseau	Modèle de collaboration structurée, déclaration du groupe à l'INAMI: avantage pour les patients	
Pratique de groupe monodisciplinaire sous le même toit		
Pratique de groupe multidisciplinaire		Pratique au forfait à la capitation
Pratique de groupe multidisciplinaire		

INAMI: Institut national d'assurance-maladie.

^aUnité de recherche soins primaires et santé, Département universitaire de médecine générale, Université de Liège, Avenue Hippocrate 13, 4000 Liège, Belgique. ^bInstitut de recherche santé et société, Université catholique de Louvain, Clos Chapelle-aux-Champs 30.13, 1200 Bruxelles, Belgique
hjamart@uliege.be | therese.vandurme@uclouvain.be | jbelche@uliege.be

^aIn french: Fédération des maisons médicales (FMM).

organiser et équiper les locaux, officialiser les accords avec les mutuelles pour travailler dans le système du forfait à la capitation, de façon à débiter l'activité clinique le 1^{er} novembre 2014.

La maison médicale couvre le territoire de la commune de Trooz, mais aussi plusieurs communes voisines, soit dans leur intégralité, ou des parties de territoire qui communiquent logiquement les unes avec les autres. À ce jour, nous comptons 1 304 patients inscrits.

L'équipe rejoint la Fédération des maisons médicales (FMM). Elle adhère de la sorte à sa charte⁴ qui décrit le rôle sociétal des maisons médicales et la volonté de transformer le système de santé pour en améliorer la qualité, l'équité, la justice sociale et un renforcement de la solidarité. Depuis sa création en 1984, la FMM lutte pour: diminuer les inégalités entre les soignants, entre les professionnels et les patients, entre les lignes de soins mais aussi entre les plus précarisés et le reste de la population. Parmi les critères pour être membres de la FMM, les ASBL doivent d'ailleurs être organisées sur un mode autogestionnaire. La fédération représente 130 maisons médicales en Wallonie et à Bruxelles; 2 300 travailleurs prennent en charge plus de 300 000 patients. En moyenne, 6 nouvelles maisons médicales sont créées chaque année.

Très rapidement, un comité de patients a été créé à leur propre initiative. Celui-ci permet un dialogue structuré entre les bénéficiaires des services développés par la maison médicale et l'équipe multidisciplinaire.

GOUVERNANCE PARTICIPATIVE: L'AUTOGESTION

L'autogestion peut être déclinée de plusieurs façons mais le principe central reste que l'assemblée générale de l'ASBL est majoritairement composée des travailleurs de l'équipe de la maison médicale. Il s'agit donc d'une gouvernance très horizontale avec un partage du pouvoir entre chaque membre de l'équipe qui reçoit une voix équivalente. Les patients sont également représentés ainsi que les partenaires du projet. Néanmoins, les deux tiers de l'assemblée sont composés des travailleurs de terrain. Les projets d'activités de soins, de promotion à la santé et de prévention sont quant à eux développés au quotidien par l'équipe multidisciplinaire de la maison médicale. Une attention particulière est portée à la qualité de notre travail, que nous avons auto-évaluée en 2018-2019. Ce projet intitulé DEQuaP (Développons Ensemble la Qualité de nos Pratiques) est porté par la FMM via une animatrice externe à l'équipe. Il permet d'avoir un regard critique global sur le fonctionnement de notre organisation en discutant un certain nombre d'indicateurs choisis au préalable par l'équipe de promotion du projet (tableau 2). Ce travail s'est fait avec la participation des patients. Un regard croisé entre ceux-ci et les travailleurs de l'équipe a permis de définir ensemble les 3 pistes prioritaires: mettre en place une coordination des cas complexes et du réseau de soins, associer les patients au choix de la taille de la maison médicale (nombre de travailleurs, nombre de patients), mieux faire connaître les valeurs de la maison médicale à l'extérieur. L'équipe a privilégié la première piste (coordination de cas complexes).

TABLEAU 2		Thèmes et sous-thèmes développés dans le projet DEQuaP
DEQuaP: Développons Ensemble la Qualité de nos Pratiques.		
Thèmes	Sous-thèmes	
Curatif et prévention	1.Prévention: taux de vaccination et dépistage; habitudes de vie; psychosocial; protocoles d'hygiène 2.Maladies chroniques/multimorbidité/problèmes complexes: identification; suivi/dossier; suivi/relances 3.Urgences: réponses en journée 4.Sécurité: risque de surmédicalisation/surprescription; événements indésirables et erreurs	
Coordination et intégration	5.Interdisciplinarité: soignant de référence; réunions de concertation; coordination visites à domicile; coordination entre secteurs; balises secret partagé 6.Coordination réseau: leviers et freins; détection d'hospitalisations évitables	
Soins centrés sur la personne	7.Prise en compte de la personne et de ses préférences: littératie; décision partagée; respect intimité 8.Approche globale et continue: soins «tout au long de la vie»; qualités et priorités de vie; lien dossier patient 9.Accessibilité: physique; accueil: confidentialité et convivialité; économique	
La santé dans notre contexte	10. Inégalités sociales en santé: repérage; actions spécifiques; stigmatisation/préjugés 11. Nos actions dans le quartier/articulation réseau: priorités spécifiques; choix des activités; trous et recouvrement	
Dynamique d'équipe	12. Travail en équipe: organigramme; profils de fonction; égalité et spécificités; réunions - locaux dédiés; réunions - préparation et suivi 13. Bien-être au travail: personne de confiance; analyse; mesures prises; espace de travail	
Organisation et fonctionnement de notre maison médicale	14. Acteur de 1 ^{er} ligne: Alma Ata 15. Fonctionnement de notre maison médicale: cas «lourds»; désinscriptions; protection des données; formation continue des travailleurs; règlements de travail et d'ordre intérieur 16. Pouvoir décisionnel: assemblée générale - composition; conseil d'administration - composition; décisions - traces écrites; participation des patients	
Effets de nos actions	17. Satisfaction des patients; comparaison région/pays; notoriété	
Notre maison médicale, notre projet	18. Vision et valeurs partagées: formalisation; transmission; implication des patients	

FINANCEMENT ET POPULATION CIBLE

La maison médicale a opté pour un mode de paiement forfaitaire à la capitation, ce qui signifie que notre groupe de professionnels, ayant des profils différents, décide de se faire rémunérer via une somme forfaitaire, sur la base du nombre de patients inscrits et pris en charge.

Il existe alors un système d'inscription obligatoire auprès de ce groupe (ici la maison médicale) qui facture la somme par patient inscrit mensuellement, à l'organisme assureur. Par ailleurs, aucun ticket-modérateur (quote-part patient) n'est demandé aux patients lors des consultations. L'accessibilité financière est dès lors maximale.

La rémunération forfaitaire ne concerne que les soins médicaux, infirmiers et kinésithérapeutiques. La somme reçue est la même pour tout patient inscrit à la maison médicale. En revanche, cette somme reçue varie d'une maison médicale à l'autre et dépend du profil de risque de la patientèle dans son

ensemble. Des critères spécifiques comme la présence de pathologies chroniques, mais aussi l'âge, indicateurs de santé mentale et sociaux sont pris en compte pour calculer le montant forfaitaire qui sera perçu. À titre indicatif, le **tableau 3** indique les montants mensuels pour la maison médicale de Trooz.

La maison médicale accueille tout patient d'un territoire défini, sans sélection de pathologie, d'âge, de sexe ou de statut social. À titre d'exemple, nous avons 560 bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)^b ce qui représente un peu plus de 43% de notre patientèle. En comparaison, on note que la commune de Trooz compte environ 18,4% de BIM. Par ailleurs, la maison médicale reçoit également des patients qui ne bénéficient pas de la couverture obligatoire de soins de santé belge: patients sous statut de réfugié en attente de régularisation, patients dépendants de la Croix-Rouge, etc. Ceux-ci sont financés directement par les institutions dont ils dépendent. Une facture est envoyée vers le ministère de l'intérieur, la Croix-Rouge, etc. par l'administration de la maison médicale.

Les professionnels de la santé participent à la continuité des soins pour la patientèle inscrite. Les médecins participent dès lors à la garde de la population en collaboration avec les autres médecins du secteur géographique. Cette garde couvre les jours de semaine de 19 h 00 à 8 h 00 le lendemain, ainsi que l'entièreté des week-ends et jours fériés.

La maison médicale est par ailleurs reconnue comme Association de santé intégrée (ASI) au niveau de la région Wallonne. À ce titre, elle bénéficie d'une subsidiation, ce qui est accompagné d'un certain nombre d'obligations: minimum deux médecins généralistes, un kinésithérapeute et/ou une infirmière, un accueil et minimum 50 heures d'ouverture par semaine, mais aussi le développement de la santé communautaire à destination de toute personne habitant sur le territoire. Cette subsidiation participe à une partie du financement des travailleurs de l'accueil, ainsi qu'une aide financière pour la tenue des réunions de l'équipe multidisciplinaire.

C'est l'ASBL qui reçoit les ressources financières, les prestataires de soins et d'aide sont ensuite rémunérés par elle. L'assemblée générale a fait le choix de salarier tous ses travailleurs, de façon à harmoniser l'ensemble des statuts d'une part, et de collectiviser la contribution à la sécurité sociale d'autre part. En effet, lorsque les cotisations sociales sont payées pour les travailleurs salariés, une partie retourne dans un fonds spécial de la sécurité sociale. Celui-ci est cogéré par les syndicats interprofessionnels et les représentants des organisations patronales (dont la FMM). Ce fonds permet de collectiviser des moyens pour redistribuer à l'ensemble du secteur les moyens pour, par exemple, financer des emplois nouveaux.

L'ensemble des mécanismes de financement de la maison médicale nous aident particulièrement par leur stabilité et

^bLes bénéficiaires de l'intervention majorée sont des patients qui sont en dessous d'un certain seuil de revenus. Ce statut leur confère une diminution des tickets modérateurs et une amélioration en général de leur accessibilité financière. Il s'agit donc aussi d'un indice de précarité (www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majorée-plafonds-revenus.aspx).

TABLEAU 3		Montants forfaitaires mensuels
Par patient inscrit à la maison médicale de Trooz au 1 ^{er} février 2023.		
Médecin	Kinésithérapeute	Infirmière
18,31 €	8,07 €	16,39 €

l'indépendance relative au volume d'activité. En effet, l'organisation et les professionnels de santé ne sont pas tributaires du nombre d'actes prestés pour leur financement et peuvent donc consacrer une partie du temps professionnel pour des activités qui sont en dehors du contact strict avec les patients. Citons par exemple, les contacts téléphoniques et lettres de renvoi vers les spécialistes, des formulaires administratifs d'octroi d'aide financière, l'organisation de campagnes de prévention contre la grippe saisonnière, l'organisation de vaccinations préventives contre le Covid-19. Plus largement, ce moyen de financement permet une plus grande implication dans la prévention et la promotion à la santé, mais également les activités liées au fonctionnement de la maison, comme nous le décrivons ci-après.

FONCTIONNEMENT INTERPROFESSIONNEL

L'équipe de la maison médicale est composée de 16 travailleurs (**tableau 4**). Elle se voit dans son ensemble en réunion de coordination chaque semaine pendant deux heures. La première heure est réservée aux discussions des situations cliniques, le reste du temps est consacré aux autres projets, dont les retours du comité de patients, l'échange d'information qui vient de la FMM, etc.

Par ailleurs, il y a aussi 2 réunions hebdomadaires d'une heure concernant des aspects médicaux techniques qui regroupent les médecins et, de façon régulière, des paramédicaux dont notamment les infirmières, les kinésithérapeutes et l'assistante sociale.

Les données de santé sont récoltées lors des consultations chez les différents professionnels et partagées dans un dossier patient informatisé commun. Les dossiers sont accessibles

TABLEAU 4		Composition de l'équipe multidisciplinaire	
aÉquivalent temps plein: estimé à 38 heures de travail par semaine.			
Profession	Nombre	ETPa	
Médecins + médecins en formation	4	3,2	
Infirmière	2	1,4	
Kinésithérapeute	2	2	
Accueil + travail administratif	3	1,9	
Santé communautaire + coordination de cas	1	1	
Assistante sociale	1	1	
Psychologue	1	0,8	
Aide-ménagère	1	0,5	
Coordination chantier immobilier	1	0,25	

par tout professionnel à tout moment, ce qui permet une continuité informationnelle indispensable dans une équipe multiprofessionnelle. Néanmoins, il est demandé à chaque patient de nommer un médecin référent qui est le garant de la gestion du dossier et de la continuité relationnelle (tenue correcte de la médication chronique, des antécédents, des allergies, etc.).

Le travail se fait d'une façon souple et adaptée aux différents contextes. Selon les cas, des consultations conjointes sont organisées en présence du patient, par exemple médecin/psychologue pour des suivis familiaux complexes, des consultations médecin/assistante sociale pour aider dans les démarches administratives complexes.

Par ailleurs, des réunions de concertation sont organisées et, selon les cas, avec le patient s'il le souhaite. Ces réunions sont mises en place par la personne qui s'occupe de la gestion des cas complexes. Elle réunit les différents travailleurs de la maison médicale concernés par la situation et invite des partenaires extérieurs impliqués (services d'aide à domicile, d'infirmières spécialisées dans certaines prises en charge spécifiques (entre autres chimiothérapies à domicile), des aides familiales, des membres de la famille ou aidants-proches). Ces réunions peuvent avoir lieu à différents endroits: au domicile du patient, à la maison médicale, à l'hôpital. Pour illustration, l'exemple récent de prise en charge d'une patiente souffrant de troubles mentaux, où les réunions de concertation se font en alternance à l'hôpital et à la maison médicale. Y participent, outre la patiente, l'équipe hospitalière (psychologue, psychiatre, assistante sociale) et différents travailleurs de la maison médicale (coordinatrice de cas complexes, médecin généraliste, infirmière et assistante sociale). Il faut souligner ce mouvement de l'hôpital vers l'ambulatorio, signe d'un décloisonnement possible des pratiques et d'une amélioration des soins trans-lignes.

SANTÉ COMMUNAUTAIRE: ENTRE PRÉVENTION ET PROMOTION À LA SANTÉ

Une spécificité de la maison médicale est la prise en charge de la santé au sens large, en sortant de la logique de relation trop stricte de soins (et donc en lien avec la présence d'une pathologie).

De cette façon, un accent particulier est mis sur plusieurs projets autour de la prévention et de la promotion à la santé par le biais de la santé communautaire. À côté d'une approche individuelle et opportuniste de vaccination lors des consultations (médecins et infirmière), des approches populationnelles et proactives sont organisées.

Il faut souligner que la plupart de ces activités (tableau 5) sont construites avec des représentants des patients. En effet, la participation des bénéficiaires de la maison médicale aux actions de soins fait partie intégrante de notre projet de diminution des inégalités, de rapprochement des savoirs, de tissage de liens, notamment en identifiant les domaines prioritaires pour la population. Autant d'endroits dans lesquels il est possible d'orienter les patients que l'on voit lors des consultations individuelles et pour lesquels une solution médicamenteuse ou hospitalière semble insuffisante.

TABLEAU 5		Principales activités de santé communautaires	
Activités développées par la maison médicale, les patients et les partenaires. ONE: Office national de l'enfance.			
Intitulé	Contenu	Organisation	Nombre de participants
Au bienvenu	Espace de rencontre communautaire, partage de recettes de cuisine, d'activités artistiques, etc.	Maison médicale, assistante sociale et coordinatrice santé communautaire	10 à 15
Ateliers de cuisine	Une personne montre une recette qu'il ou elle a envie d'apprendre aux autres	Maison médicale, coordination santé communautaire	10 (+ liste d'attente)
Soirées débats	Thèmes: pollution des terres cultivables par les métaux lourds, la vaccination, etc.	Comité de patients de la maison médicale	35 à 45
Théâtre	Représentation d'un spectacle de rue; pièce proposée par un collectif d'une commune voisine	Maison médicale, secteur santé communautaire	20 à 25
Ateliers relaxation	Séances hebdomadaires, se reconnecter à son corps	Psychologue de la maison médicale	8 maximum (+liste d'attente)
Ateliers de gymnastique douce	Séances hebdomadaires, bouger tout en respectant ses propres limites	Kinésithérapeute de la maison médicale	10 maximum (+ liste d'attente)
Balades à thèmes	Bouger pour vieillir dans de meilleures conditions	Maison médicale, secteur santé communautaire	8 à 15
Trooz santé école	Promotion de la santé pour les élèves des écoles de la commune	Maison médicale; ONE; pôles de promotion à la santé des écoles	90 élèves de 8 à 10 ans (2023)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La construction de la maison médicale s'est faite essentiellement sur une base empirique, avec des travailleurs de terrain voulant créer un projet en santé plus qu'un centre de soins. Le système belge offre cette liberté de choix de modalité organisationnelle. Le projet a été soutenu dans son démarrage par le mouvement des maisons médicales en général et la FMM en particulier. Ceci s'est notamment concrétisé par des prêts et dons financiers, ainsi que de l'aide matérielle.

Il faut souligner la similitude entre les objectifs poursuivis par le projet et l'objectif quintuple (le quintuple aim):⁵ en matière de coût, d'amélioration de l'expérience du patient, d'amélioration de la qualité de soins, d'amélioration du vécu des professionnels et finalement une recherche d'équité dans le système de santé. La gouvernance, le fonctionnement interprofessionnel, le financement et la participation communautaire en font notamment partie et permettent une prise en charge de la santé globale, intégrée, continue et accessible.

Le projet actuel est toujours en phase de croissance. Il met un accent particulier dans la lutte contre les inégalités d'une façon générale et dans les soins de santé en particulier, tout en incluant d'emblée l'accompagnement psychosocial. Par ailleurs, il est porté de façon participative par l'ensemble de ses composantes: tant

les travailleurs ainsi que le réseau, mais aussi nos bénéficiaires que nous voulons acteurs de leur santé et de leur maison médicale.

La question de l'augmentation de la taille de la population prise en charge est au cœur des préoccupations à l'heure actuelle. En effet, la composition de l'équipe évolue, s'agrandit dans ce souci de continuer à délivrer des soins de qualité, à visage humain et avec des professionnels de santé qui se connaissent les uns et les autres et qui soient épanouis dans leur cadre de travail. À l'origine du projet en 2014, l'équipe avait fixé un objectif moyen de 2 500 patients à prendre en charge, correspondant à la moyenne du nombre de patients suivis dans ce type de structure (sources: FMM).

Compte tenu de la complexité et de la diversité croissante des problèmes pris en charge, de la gamme d'offre nécessaire pour y répondre correctement, un chiffre déterminé et immuable n'est sans doute pas pertinent. Cette cible devra tenir d'avantage compte des aspects de morbidité (bio, psycho et sociale), du paquet de service attendu mais aussi de l'intensité de l'accom-

plissement par la maison médicale pour y répondre. C'est alors que l'on pourra déterminer plus précisément la composition de l'équipe pluriprofessionnelle avec les compétences requises pour réaliser la prise en charge de la santé optimale.

Conflit d'intérêts: H. Jamart travaille comme médecin généraliste au sein de la Maison médicale Trooz Santé ASBL. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Travailler en pratique multidisciplinaire correspond aux défis actuels des soins de première ligne.
- Financement forfaitaire adapté aux pratiques (prévention, promotion à la santé).
- Démocratie participative et auto-gestion dans l'équipe comme valeur centrale du projet.
- La participation communautaire dans la définition des objectifs du projet et de sa gouvernance.

1 Vandenbroucke F. Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste [En ligne]. 17 juin 2022. Disponible sur: gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/new_deal_huisartsen_17062022_def_fr_1_1_.pdf

2 Missine S, Luyten S. Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui

sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries? [En ligne].

Avril 2018. Disponible sur: www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2018-02_medecins_generalistes_bruzelles.pdf

3 ** Boutsen AM, Camilotti G, Di Zinno T, et al. Comparaison des coûts et

de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique: une mise à jour [En ligne]. 2017. 1-126. Disponible sur: www.ima-aim.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf

4 * Fédération des maisons médicales. La charte des Maisons médicales [En ligne]. 2006. 1-24. Disponible sur: www.maisonmedicale.org/La-charte-des-maisons-medicales-406.html

5 Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.

* à lire ** à lire absolument